

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

35

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 5 Juillet 1906, à 1 heure

PAR

Léon THEBAULT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ACTINOMYCOSE

L'ACTINOMYCOSE A RENNES

Président : M. BERGER, professeur

Juges } MM. BUDIN, professeur
DE LAPERSONNE, professeur
DÉMELIN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		GILBERT.
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER.
Clinique médicale.....	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	}	TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMEIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de Clinique chirurgicale à l'hôpital Necker

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Officier de l'Instruction publique.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION

A l'Étude Clinique de l'Actinomyose

L'ACTINONYCOSE A RENNES

INTRODUCTION

Au début de nos études médicales, en février 1901, nous avons eu l'occasion de voir, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, un individu portant à la face et au cou des lésions d'un caractère spécial. M. le professeur H. Dayot pensa qu'on se trouvait en présence d'un cas d'*actinomyose cervico-faciale*, et il pria le directeur du laboratoire de l'Ecole de Médecine, installé depuis quelques années seulement, de faire l'examen microscopique des lésions. M. le professeur Bodin, directeur du laboratoire, confirma le diagnostic et mit en évidence les éléments caractéristiques du champignon rayonné. C'était la première fois

qu'on signalait l'actinomyose dans la région, aussi le fait ne manqua-t-il pas d'attirer l'attention. Plusieurs cas furent observés dans le cours des années suivantes, et M. le professeur Dayot nous conseilla de réunir ces diverses observations et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Avant de publier les quelques cas que nous avons pu recueillir, nous ferons une brève étude clinique de la maladie qui nous occupe, et nous aurons surtout en vue l'actinomyose dans sa localisation cervico-faciale, la plus fréquente de toutes, et la seule que nous ayons observée.

Avant de commencer notre travail nous adresserons nos remerciements à tous nos maîtres de l'Ecole de Rennes. Nous tenons à remercier d'une façon toute spéciale M. le professeur Dayot et M. le professeur Bertheux dont nous avons toujours suivi les excellentes leçons et qui nous ont dirigé par leurs sages conseils durant tout le cours de nos études médicales. Nous ne saurions oublier M. le professeur Bodin et M. le Dr P. Hardoüin chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Rennes, qui ont mis à notre disposition, avec tant de bienveillance, les renseignements qu'ils possédaient sur la question que nous allons traiter : qu'ils reçoivent ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous remercierons enfin M. le professeur Berger du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Définition. — L'actinomycose est une maladie parasitaire commune à l'homme et aux animaux, causée par un champignon inférieur, *l'oospora bovis*.

Jusqu'au milieu du xix^e siècle cette maladie fut totalement ignorée : la première observation, due à Langenbeck, date de 1845, mais elle ne fut publiée que quelques années plus tard par Israël. En 1848 Louis rapporta un cas analogue dont l'examen microscopique fut fait par Lebert en 1857. Ce dernier décrivit des « corpuscules durs, étroits, cunéiformes, disposés d'une manière rayonnante », mais il ne sut pas les interpréter et les prit pour « quelques débris helminthiques dont ces corps ne seraient que des crochets ». Puis les observations se multiplient, rapportées par Laboulbène en 1853, Davaine en 1858, Ch. Robin en 1871, avec descriptions cliniques détaillées et examens microscopiques. Pendant ce temps les Allemands, avec Bollinger et les Italiens, avec Rivolta et Perroncito, se disputent la paternité de la maladie. Cette longue période d'hésitations et de polémiques ardentes prit fin quand Harz, de Munich, en 1876 affirma la nature parasitaire des

grains jaunes et découvrit le champignon qu'il dénomma « *Actinomyces bovis* ».

Dès lors l'actinomycose eut sa place à part dans le cadre nosographique. D'abord étudiée chez les bovidés, cette maladie fut bientôt signalée dans l'espèce humaine. Israël, en 1878, rapporte le cas de deux malades chez qui il a rencontré les grains jaunes caractéristiques et il identifie ces cas avec ceux qui avaient été décrits chez le bœuf. De là encore de nouvelles polémiques s'engagèrent, qui ne prirent fin que l'année suivante, grâce aux travaux d'Israël et de Ponfick.

De nombreux travaux furent faits alors en Allemagne, et Illich en 1892 en a donné une énumération complète. Pendant cette période on a cherché à inoculer la maladie. L'inoculation d'un animal à un autre fut tentée et réussie pour la première fois par Johné en 1880. Israël, en 1883, inocula un lapin avec des grains jaunes provenant d'un homme et l'animal prit l'actinomycose.

Le premier cas d'actinomycose en France fut publié par MM. Nocard et Lucet en 1888. A partir de 1892 de nombreuses observations ont été publiées dans diverses régions. Un grand nombre de villes ont signalé la présence d'actinomycose : ce fut d'abord Lyon avec Poncet et Dor, puis Paris, Bordeaux, Lille, Toulouse, etc. En 1896 on comptait 67 cas, et en 1903 Poncet avait réuni 176 cas répartis en vingt-trois départements ; il publiait en même

temps une carte des départements (1) montrant la répartition de l'actinomycose sur le territoire français.

Jusque-là, Rennes n'avait signalé aucun cas d'actinomycose : la première observation date de février 1901. Au mois de décembre 1903 M. le professeur Bodin rapporte l'examen histologique de quatre cas d'actinomycose, dont trois avaient été observés dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur H. Dayot. En juillet 1904 M. le Dr P. Hardoüin publiait deux de ces observations dans le *Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*.

Nous publions plus loin tous les cas qui ont été observés à Rennes : ils sont au nombre de sept, dont six sont originaires du département d'Ille-et-Vilaine et un cas seulement du Morbihan.

1. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, juillet 1903.

ÉTIOLOGIE

L'oospora bovis vit dans la nature à l'état saprophytique : il vit sur les graines de céréales, il se développe sur ces plantes pendant leur germination et leur développement à l'air libre, comme l'a prouvé l'expérience de Liebmann en 1890. Il se trouve encore à l'état d'enduit pulvérulent jaune-soufre sur de vieux morceaux de bois pourri, sur des portes d'étables mal entretenues, sur le foin et la paille humides. Ces notions sont très importantes au point de vue de l'étiologie de la maladie ; bien des fois on a mis en évidence la contamination par ces divers objets. Plusieurs auteurs ont mentionné la présence dans le pus des abcès de fragments de céréales ; nous n'en citerons comme exemple que le cas, rapporté par Soltmann en 1885, d'un enfant ayant avalé un fragment d'épi d'orge qui fut retrouvé cinq mois plus tard dans le pus des abcès. Le cas rapporté dans notre observation II semble bien répondre à ce mode de contamination.

La contamination de l'homme par des animaux malades semble beaucoup plus rare : elle existe cependant, et le malade de notre observation I en

est un exemple évident. On a cité d'autres cas de ce genre : un jeune palefrenier qui pensait tous les jours une lésion suppurative qui s'était développée à la mâchoire inférieure d'un bœuf.

L'infection d'un homme par son semblable est un fait absolument exceptionnel : nous n'en connaissons comme exemple que le cas d'un cocher qui aurait contaminé sa fiancée en l'embrassant, observation rapportée par Barracz.

Ces dernières causes d'infection sont tout à fait incertaines, d'autant plus que les inoculations expérimentales sont elles-mêmes très difficiles, et sont rarement couronnées de succès. Il semble donc plus logique de rechercher une cause commune de contamination, et nous la trouverons le plus souvent dans les céréales à l'état frais ou sec, et dans les animaux qui sont en contact perpétuel avec celles-ci.

Quelle est la porte d'entrée du parasite ? Question plus difficile encore à résoudre et les opinions sont très partagées. Pour que le champignon puisse pénétrer dans l'organisme il faut que les téguments aient une solution de continuité. Quelquefois l'infection commence par la peau, tel le malade de Albert, de Vienne, qui s'infesta en s'ouvrant une ampoule avec la faucille dont il se servait pour couper le blé. Le plus souvent l'infection se fait par la muqueuse buccale que celle-ci soit lésée primitivement, ou que le corps vecteur du parasite crée lui-même une porte d'entrée en éraillant la muqueuse. La présence de maux de dents fréquents au début de l'infection et

de carie dentaire avait fait songer à la possibilité de l'infection par le canal radiculaire de la dent. En effet, Dubreuilh a rapporté le cas d'un malade qui, faisant des suctions sur sa dent malade, fit sortir un jour un grain jaune par le canal radiculaire. On peut objecter à cette hypothèse la ténuité du canal, l'intégrité fréquente du maxillaire et enfin l'absence de carie qui s'observe assez souvent.

On a invoqué aussi la théorie du microbisme latent, Ponfick et Coppen Jones ayant signalé la présence de l'oospora bovis dans les cryptes amygdaliennes du porc. Les minutieuses recherches de Hoffmann semblent mettre en doute cette opinion, car cet auteur, ayant fait les mêmes recherches sur quatre-vingts sujets sains ou porteurs de lésions actinomycosiques, n'a jamais rencontré le champignon.

La contagion par les substances alimentaires n'a jamais été prouvée : on sait du reste que le champignon est tué à 70 degrés, température inférieure à celle où l'on porte les aliments pour les cuire. Il faudrait alors admettre que les céréales aient été avalées à l'état cru, ce qui représente une exception.

Il résulte de ce que nous venons de dire au sujet de la porte d'entrée du parasite que le lieu d'élection de la maladie devait être la face et les régions avoisinantes : les statistiques sont probantes à ce sujet. Illich de Vienne donne 55,5 o/o de cas d'actinomycose cervico-faciale ; Sokolow en Russie donne 55 o/o et Guder en Suisse 50 o/o. En France la proportion est encore plus considérable : on donne 75 cas d'actino-

mycose cervico-faciale pour 100 cas observés. Vient ensuite les localisations pleuro-pulmonaires, 4, 5 0/0, abdominales et génito-urinaires, 12,6 0/0.

Les individus les plus exposés à la contagion sont ceux qui sont en rapport immédiat avec les céréales ou les bovidés : ce sont les cultivateurs, les bouchers, les palefreniers, les forgerons, les éleveurs. La classe des travailleurs est le plus souvent atteinte, la classe aisée ne l'est que d'une façon tout à fait exceptionnelle, nous n'en connaissons comme exemple que le cas de la malade de Dor.

L'âge et le sexe n'ont par eux-mêmes aucune influence, cependant la maladie se montre le plus souvent chez des hommes adultes, parce que ce sont eux qui exercent les professions dont nous avons parlé.

L'influence des saisons, nulle pour les animaux qui se contaminent aussi bien au printemps avec les fourrages verts qu'à l'automne ou l'hiver avec les fourrages secs, semble plus importante chez l'homme. C'est le plus souvent dans les mois qui suivent la moisson que le mal se déclare.

La situation géographique et le climat sont peu importants au point de vue du développement de la maladie. L'actinomycose a été signalée partout, en Allemagne, en France, en Suisse, en Italie, on l'a trouvée en Amérique et on l'a observée dernièrement en Egypte. En France elle a été signalée dans toutes les contrées, et nous montrerons plus loin que la Bretagne n'en est pas exempte comme on l'avait cru pendant longtemps.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quand le champignon est entré dans l'organisme, quelle que soit sa porte d'entrée, quel que soit son lieu de fixation, il s'y développe. Le mycélium s'accroît, ses filaments s'insinuent, en suivant les travées du tissu conjonctif, jusque dans la profondeur des tissus. Mais l'organisme lutte contre cette invasion, les cellules phagocytaires entourent le parasite et forment une zone de défense : ainsi se trouve constitué un petit noyau que l'on a comparé à un tubercule et que l'on connaît sous le nom de *nodule actinomycosique*. Le nodule est formé d'une zone centrale constituée par le champignon lui-même, d'une zone moyenne formée par des cellules épithélioïdes et une zone externe des cellules embryonnaires à gros noyau. Entre la zone moyenne et le feutrage formé par le champignon on remarque une petite couche liquide constituée par des cellules dégénérées de la couche voisine. Dans la zone externe on peut rencontrer quelquefois des cellules géantes, mais Poncet prétend qu'on ne les trouve que dans les cas relativement anciens où l'on peut mettre en évidence un processus de sclérose assez avancé.

Le nodule ainsi formé peut évoluer de deux façons ;

ou bien l'organisme se défend d'une façon très intense, le mal évolue par poussées successives suivies de périodes de rémission plus ou moins longues, pendant lesquelles se développe un processus de sclérose assez intense. La tuméfaction est alors dure, rénitente, les abcès se forment très tardivement : c'est la forme sarcomateuse, celle que l'on rencontre le plus souvent chez le bœuf, et d'une façon tout à fait exceptionnelle chez l'homme. Dans le second cas l'organisme se défend mal, le mal progresse d'une façon continue, les cellules se désagrègent, leur enveloppe disparaît, le mycélium du champignon se fragmente et il se forme du pus aux dépens des cellules dégénérées et des fragments du champignon.

La poche des abcès est ordinairement entourée d'une zone fibreuse, résistante, dans laquelle le mycélium de l'*oospora* se loge et où il se développe pour gagner les parties voisines. L'intérieur de la poche est tapissé de fongosités grisâtres, légèrement roses, très friables. Elle contient un pus séreux ou séro-sanguinolent, contenant en suspension des grains de couleur jaune pâle ou grisâtre dont le diamètre varie de $1/10$ à $1/3$ de millimètre : ce sont les *grains jaunes*.

Les vaisseaux sont rarement atteints ; ils sont ordinairement bourrés de globules, mais non obli-térés : ils ne subissent pas de processus de sclérose, de sorte que l'on rencontre très rarement des zones sclérosées.

Les os, chez l'homme du moins, sont souvent

indemnes : quand ils sont atteints, ils sont augmentés de volume, le périoste est épaissi. L'intérieur de l'os est rempli de fongosités framboisées, saignantes ou bien on y trouve des vacuoles remplies de pus : on peut même y trouver de petits séquestres. On a décrit jadis une forme raréfiante périphérique, dans laquelle on trouve de la nécrose des os ; une forme centrale térébrante qui s'ouvre au dehors et se fistulise, et une forme centrale néoplasique. Il ne nous paraît pas utile d'insister davantage sur ces diverses lésions osseuses qui semblent plutôt représenter divers stades d'une même lésions que des processus bien distincts.

BACTÉRIOLOGIE

L'« *oospora bovis* », découvert et décrit par Harzen 1876 sous le nom d'*actinomycès*, a été classé en 1892 par Sauvageau et Radais parmi les muscédinées, dans le groupe des oospora.

A l'état saprophytique l'*oospora bovis* est constitué par un feutrage de filaments mycéliens dirigés en tous sens et ramifiés. Leur largeur est de $0\ \mu\ 4$ à $0\ \mu\ 5$; ces filaments sont fragmentés en bâtonnets plus ou moins longs ressemblant à des bacilles ou à des cocci. Les branches qui doivent donner des spores ne sont pas fragmentées à leur base, elles sont plus larges que les autres et les spores naissent à leur extrémité libre sous formes de grains alignés en file dont le diamètre est de $0\ \mu\ 6$ environ.

Les cultures réussissent sur tous les milieux de laboratoire, mais elles poussent mieux sur un liquide glycériné, neutre ou légèrement acide. Elles ont également donné de bons résultats sur des graines de céréales maintenues à une certaine température dans un milieu suffisamment humide. Nous n'insisterons pas sur les divers caractères de ces cultures que des maîtres plus compétents que nous ont décrits maintes fois.

Quant aux *inoculations* expérimentales, elles ont été répétées bien souvent depuis Johnie et Israël. On a inoculé l'actinomyose dans le péritoine du lapin, sous le périoste de la mâchoire d'un mouton, et l'on est arrivé de temps en temps à reproduire des lésions actinomycosiques, mais il faut avouer que de semblables tentatives ont souvent été suivies d'insuccès. C'est le champignon lui-même qui produit tous les désastres, les toxines semblent inoffensives : ainsi Deléarde a pu injecter des cultures filtrées à un lapin sans que celui-ci en souffrit en aucune façon.

Dans sa vie parasitaire le champignon prend des formes spéciales que nous étudierons dans une formation considérée depuis longtemps comme caractéristique du mal : le *grain jaune*. Pour étudier le grain jaune on le dissocie sur une lame de verre, on le traite par la potasse concentrée et on colore par la méthode de Gram et le picro-carmin. On remarque alors une zone centrale formée de filaments enchevêtrés, et une zone périphérique formée de gros éléments disposés suivant les rayons du grain, ce sont les *massues*. Les filaments centraux sont divisés en fragments de dimension variable, dont le diamètre est de 1 μ en moyenne. Les massues ne sont que les extrémités renflées de certains de ces filaments ; ce sont des amas de protoplasma de forme ovoïde dont l'axe est dirigé dans le sens des rayons de la formation et dont l'extrémité la plus considérable est tournée vers la périphérie. Le diamètre des massues est de 2 à 3 μ , leur longueur moyenne est de 6 à 8 μ .

Ces massues sont des organes de défense du champignon contre les cellules phagocytaires qui l'attaquent, comme l'a démontré Deléarde.

Le grain jaune, tel que nous l'avons décrit, fait souvent défaut dans l'espèce humaine, et nous ne l'avons rencontré personnellement que dans deux cas sur sept. On a prétendu que l'administration de l'iodure de potassium favorisait la production des grains jaunes, or notre malade de l'observation VII fit un abcès après avoir été soumise pendant deux mois au traitement ioduré, et jamais nous n'en avons rencontré chez elle. Dans ces conditions, pour faire le diagnostic microscopique, il faut prélever des fongosités qui tapissent la poche des abcès. On en fait ensuite de petites boulettes qu'on fixe pendant trois ou quatre jours dans l'alcool ou le xylol, on les inclut ensuite dans la paraffine et on les débite en coupe par séries. Il suffit alors de les colorer par la méthode de Gram et on les examine directement au microscope. C'est, d'après M. le professeur Bodin, le procédé qui donne les meilleurs résultats : c'est celui qu'il a toujours employé et celui que nous avons suivi nous-même. On peut alors trouver le champignon disposé sous forme de grains jaunes, comme nous les avons décrits, mais les massues font très souvent défaut chez l'homme. « Je ne les ai rencontrées, dit M. Bodin, qu'une seule fois sur quatre cas humains que j'ai étudiés. Dans les lésions des trois autres malades le champignon se trouvait réduit à ses filaments mycéliens fragmen-

tés et offrant la disposition rayonnée habituelle. » Deléarde disait quelques années auparavant : « Sur aucune des préparations que nous avons eues sous les yeux nous n'avons trouvé des éléments rappelant par leur aspect la massue que l'on trouve dans l'actinomyose du bœuf. »

Les filaments mycéliens fragmentés et offrant la disposition rayonnée sont donc constants chez l'homme et forment le véritable élément caractéristique de la maladie.

SYMPTOMES

Le premier symptôme par lequel l'actinomycose se révèle est la *douleur*. Celle-ci débute souvent la nuit au niveau d'une dent cariée ou bien encore à l'angle du maxillaire inférieur, quelquefois à l'articulation temporo-maxillaire. A son réveil le malade remarque qu'il porte à l'angle de la mâchoire une petite tuméfaction dure, douloureuse à la pression sans rougeur très considérable. Le malade pense à fluxion dentaire, mais au bout de deux ou trois jours la tuméfaction, loin de diminuer, semble augmenter, la douleur persiste et revient par accès surtout la nuit. Dès ce moment s'installe un nouveau symptôme : un *trismus* très serré qui empêche l'écartement des mâchoires. Ce signe quand il est précoce est un signe excellent au point de vue du diagnostic : il est fréquent et nous l'avons observé quatre fois. Dès lors le mal est installé et il va évoluer régulièrement.

Nous distinguerons deux formes d'actinomycose : la forme néoplasique ou sarcomateuse et la forme caséeuse avec formation d'abcès.

La *forme sarcomateuse*, rare chez l'homme, est

caractérisée par une tumeur indurée, régulière, douloureuse à la pression, s'accompagnant de trismus précoce et serré. Le maxillaire inférieur semble être atteint primitivement, son épaisseur est augmentée d'une façon considérable. La peau est rouge, lisse, tendue, le malade lui-même ressent une sensation de tension au niveau de la région envahie. Les douleurs sont très vives et reviennent sous forme d'accès nocturnes. Le mal progresse par poussées aiguës, très douloureuses, puis tous les phénomènes s'apaisent pour reparaitre quelque temps après. Au bout d'un temps assez long des abcès peuvent se former, et dans ce cas le maxillaire est le plus souvent atteint.

La forme que l'on rencontre le plus souvent chez l'homme est la forme dite *caséuse*, avec formation d'abcès. Les collections purulentes peuvent se former en plusieurs points; dans la forme cervico-faciale qui nous occupe on les trouve surtout à l'angle de la mâchoire inférieure et le long de sa branche montante : on peut encore les rencontrer à l'angle externe de l'œil, au niveau du masséter, du temporal et du sterno-cléido-mastoïdien. Ces abcès peuvent être nombreux et former au niveau de la tumeur une série de bosselures arrondies ou ovalaires, de couleur rouge foncé ou violacée, présentant même parfois la teinte ardoisée, surtout au sommet de ces petites élevures. Dans l'intervalle la peau est d'un rouge vif, elle semble œdématiée, mais non altérée dans sa constitution. Une partie de ces abcès peut s'ouvrir à

la peau et ils laissent derrière eux soit des *ulcérations*, soit des *fistules*, ce qui est le cas le plus fréquent. Dans ce dernier cas la peau est déprimée au niveau des anciens abcès, elle forme des sillons plus ou moins profonds, au fond desquels se trouvent les orifices des fistules. Pour trouver ces orifices il est souvent nécessaire de nettoyer les sillons et d'enlever des croûtelles grisâtres qui se sont formées aux dépens du pus qui s'écoule de temps en temps. L'orifice d'une fistule est assez large pour admettre un stylet dans sa lumière, la profondeur de la fistule elle-même dépasse rarement 1 centimètre. La région atteinte offre alors un aspect spécial qui, selon l'expression de Poncet, donne bien « la sensation d'une chose que l'on n'a pas encore vue ».

On a signalé quelquefois l'induration du trajet fistuleux, que l'on sentirait sous forme de cordon fibreux reliant l'abcès à la surface cutanée : nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer ce fait qui, du reste, est considéré comme exceptionnel.

Le *pus* qui s'écoule des fistules est séreux ou séro-sanguinolent ; il contient parfois des grains jaunes, fait très important au point de vue du diagnostic. Cependant il faut faire l'examen de ces corpuscules pour bien établir leur nature et ne pas les confondre avec des concrétions de pus qui peuvent les simuler.

A la palpation la base des fistules ou des ulcérations est indurée. Les abcès non ouverts ont également une base dure, tandis que leur centre est dépressible, et l'on peut y trouver quelquefois de la

fluctuation. Les intervalles compris entre les abcès sont durs, rénitents, d'une consistance toute spéciale, « intermédiaire, dit Poncet, entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes solides de sarcome et d'inflammation ». A l'intérieur de la cavité buccale la tumeur présente les mêmes caractères d'induration, la muqueuse est saine et glisse sur le néoplasme. Les dents sont très souvent cariées en partie, mais il est assez rare de rencontrer de la périostite alvéolo-dentaire.

Les ganglions lymphatiques sont toujours respectés, sauf dans le cas d'infection surajoutée.

Pendant toute la durée de la maladie le patient souffre. Les *douleurs* viennent par accès, de préférence la nuit, à intervalles irréguliers ; elles simulent quelquefois les névralgies dentaires. Elles se montrent surtout à l'occasion d'un nouvel abcès ou de la fermeture d'une fistule, ce qui provoque des phénomènes de rétention. La pression les exagère ou les réveille.

Le malade est fort incommodé par le *trismus* qui l'empêche de s'alimenter à son gré. Ce trismus est très précoce : nous l'avons vu apparaître dans les premiers jours de la maladie. Le malade peut à peine desserrer les dents : l'écartement des mâchoires atteint à peine 1 centimètre, aussi le patient est-il obligé de s'alimenter avec des liquides ou des pâtes. Le trismus est disproportionné avec l'intensité de la douleur et le développement du mal, ce qui indique qu'il n'y a pas là seulement une irrita-

tion locale, mais une lésion des muscles voisins eux-mêmes, le masséter et le temporal en particulier.

L'état général du malade reste bon pendant longtemps : la température est normale, l'appétit est bon, les forces sont conservées, les urines ne présentent pas de modifications.

DIAGNOSTIC

« L'actinomyose, dit Cart, est caméléonesque. » Assurément aucun des symptômes de la maladie n'est pathognomonique, mais il existe un certain nombre de signes qui suffisent, quand ils sont réunis, pour établir le diagnostic. On pensera à l'actinomyose toutes les fois qu'on se trouvera en face d'une tuméfaction présentant à la fois des signes de tumeur et des signes d'inflammation. L'évolution lente, la localisation des *douleurs* aux grosses molaires, à l'angle de la mâchoire, à l'articulation temporo-maxillaire, le *trismus* précoce hors de proportion avec le développement de la tumeur, sont des signes qui mettent sur la voie ; les caractères de la *tumeur* elle-même avec ses placards indurés et ses abcès précisent le diagnostic : la présence des grains jaunes lèverait tous les doutes.

Plusieurs affections de la région cervico-faciale peuvent simuler plus ou moins les lésions actinomycosiques. Parmi les tumeurs du maxillaire nous signalerons le *sarcome* et l'*épithélioma*. Ce dernier ne nous arrêtera pas, nous ferons remarquer seulement qu'il est toujours secondaire à un épithélioma des

lèvres ou de la bouche qui aura déjà été reconnu depuis longtemps. Du reste les douleurs insupportables, les hémorragies abondantes et répétées, l'état cachectique du malade indiqueront suffisamment le diagnostic.

On pourrait confondre le *sarcome du maxillaire* au début avec l'actinomyose à forme néoplasique. Mais le sarcome évolue vite, il ne s'accompagne pas de trismus, l'os est atteint le premier. Plus tard le sarcome se ramollit aussi par place, mais ces points ramollis n'ont pas les mêmes caractères que les abcès actinomycosiques ; à la fin de l'évolution du mal il se forme des ulcérations bourgeonnantes, bien différentes des ulcérations profondes de l'actinomyose, et l'on n'y rencontre jamais de fistules. La présence de fistules et de cicatrices dures est un signe en faveur de l'actinomyose, car, selon l'expression de Fessler, « un sarcome ramolli est, en général, le commencement de la désintégration de toute la tumeur, une cicatrice solide devant paraître, à mon gré, une rareté ». On note encore au niveau du sarcome des battements que le malade peut sentir lui-même, la vascularisation étant très intense en ce point. Les ganglions de la région sont envahis dès le début. On a proposé dans les cas douteux de faire des ponctions exploratrices avec une aiguille de fort calibre ; nous ne saurions recommander ce procédé qui est souvent suivi d'insuccès, et qui peut même être dangereux à cause des hémorragies graves qu'il pourrait produire s'il s'agissait réellement d'un ostéo-sarcome.

Dans la même région nous pourrions encore rencontrer les *tumeurs de la parotide*, le sarcome et le cancer, mais au début elles ne s'accompagnent pas de douleurs ni de trismus, elles sont nettement limitées à la loge parotidienne. Le sarcome évolue lentement, par poussées : il peut prendre des proportions considérables sans s'ulcérer, sans gêner les mouvements des mâchoires. Le cancer forme d'abord une masse indurée, mobile, qui se fixe plus tard et s'ulcère, montrant au dehors des masses bourgeonnantes qui suintent légèrement.

Les *ganglions tuberculeux du cou* donnent aussi des abcès qui communiquent au dehors par de nombreuses fistules, mais les fistules sont plus étroites, plus profondes, il y a rarement de l'induration des parties voisines. On trouve des lésions des deux côtés du cou, il y a des ganglions indurés, indolores, roulant sous le doigt ; il faut noter l'absence de douleur et de trismus. Enfin, le malade présente le facies adénoïdien, l'état général est mauvais, il y a quelquefois des signes de tuberculose pulmonaire.

Les *phlegmons du cou* seront reconnus à leurs caractères propres, à leur évolution, les causes d'erreur seront rares.

L'*angine de Ludwig* est caractérisée par son point de départ, la déformation qu'elle donne, son évolution rapide, la gravité de ses phénomènes généraux.

On a signalé autrefois des phlegmons chroniques du cou, mais les observations qu'on en a données ont fait penser à plusieurs auteurs qu'il s'agissait de cas méconnus d'actinomycose.

L'évolution de la *dent de sagesse* provoque quelquefois des phénomènes douloureux, avec constriction des mâchoires et empâtement au niveau de l'angle de la mâchoire. L'évolution du mal sera caractéristique, le malade sera âgé de dix-huit à vingt-cinq ans, il présentera de l'engorgement ganglionnaire, de la salivation, des douleurs vives et continues.

Enfin quand on aura affaire à des ulcérations, il faudra songer aux gommés syphilitiques et tuberculeuses. Il sera nécessaire dans ce cas de rechercher les antécédents du malade qui pourront nous renseigner sur les autres accidents de la syphilis. Dans le cas de gommés tuberculeuses on trouvera d'autres lésions de même nature dans les os ou les poumons. Enfin les ulcérations de nature actinomycosique sont profondes, taillées à pic, à fond boursillonneux, de couleur jaunâtre. Le contour de ces ulcérations est régulier, la base est indurée.

Il y a cependant des cas où seul l'examen bactériologique pourra trancher le diagnostic d'une façon définitive ; on complétera les renseignements par une biopsie, toutes les fois que le malade y consentira et que l'on pourra le faire sans lui causer de préjudice.

TRAITEMENT

Traitement médical. — Depuis longtemps l'iodure de potassium est considéré comme le médicament de choix de l'actinomycose. De quelle façon agit-il ? On ne le sait pas. On a signalé à la suite de son administration des poussées congestives et douloureuses du côté des lésions, qui disparaissent au bout de quelques jours, laissant après elles une amélioration marquée. Il faut administrer l'iodure à la dose de 4 à 6 grammes par jour pendant une période de quinze jours et laisser le malade au repos pendant huit jours pour recommencer ensuite. Le traitement doit être prolongé pendant longtemps. Il est efficace quand le mal est au début et ne s'est pas compliqué d'infection secondaire.

Traitement chirurgical. — Quand il existe des lésions suppuratives avec fistules ou ulcérations, l'iodure ne suffit plus, il faut que le chirurgien intervienne. La seule méthode qui soit curative et radicale consiste à faire un grattage ou un curettage des lésions ; on fera ensuite des cautérisations au chlorure de zinc, au nitrate d'argent ou mieux au thermocautère. On fait ensuite des pansements aseptiques

que l'on renouvelle tous les deux jours. C'est ce traitement qui a été appliqué à tous nos malades et le résultat a toujours été très satisfaisant.

Après cette intervention il sera bon d'administrer l'iodure de potassium jusqu'à guérison complète du malade.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Abandonnée à elle-même la maladie a tendance à envahir tous les organes de proche en proche : elle gagne peu à peu les viscères et le pronostic devient grave. Rarement l'actinomycose guérit spontanément, nous n'avons pu jusqu'à présent en trouver des exemples.

Quand il s'agit d'actinomycose pure, sans affection intercurrente, elle guérit toujours avec un traitement approprié. Les cas que nous rapportons se sont tous terminés par la guérison sauf chez deux malades dont l'un mourut de granulie et l'autre est disparu de sorte que l'on ne peut donner les résultats obtenus chez lui. Sur 67 cas observés en France en 1896, on avait obtenu les résultats suivants :

Guérisons	53
Améliorations . .	3
Morts	4
Inconnus	7

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

(Prise dans le service de clinique chirurgicale
de M. le professeur H. Dayot, à l'Hôtel-Dieu de Rennes)

Le 5 février 1901 entrait à l'Hôtel-Dieu de Rennes le nommé F..., boucher, âgé de vingt ans. Ce jeune homme présentait une déformation considérable de la face et du cou du côté droit, et il se plaignait de vives douleurs à ce niveau.

Jusqu'au mois de décembre 1900 cet individu avait toujours joui d'une bonne santé ; vers cette époque il fut pris de violents maux de dents qui durèrent trois ou quatre jours. Au bout de ce temps le malade remarqua qu'il portait une petite tuméfaction rouge au niveau de l'angle de la mâchoire du côté droit et une autre tumeur semblable à 1 cm. 1/2 au-dessus de la première, au niveau d'un bouton qu'il portait là depuis quelque temps déjà. Dès ce moment le malade avait de la constriction des mâchoires. Pendant une quinzaine les douleurs et la tuméfaction persistèrent et même cette dernière augmenta de volume. Puis tout se calma et les choses en restèrent là pendant deux ou trois semaines. Vers le milieu de janvier les douleurs se firent sentir avec une nouvelle intensité, le trismus

augmenta également, la tuméfaction gagna le cou et remonta jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire. Deux abcès se formèrent au niveau des deux points où la tumeur s'était développée primitivement et s'ouvrirent au bout de quelques jours, laissant couler un pus spécial qui contenait de petites granulations. Un nouvel abcès s'étant formé au niveau de la partie moyenne de la branche montante du maxillaire, le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

A cette époque le malade présentait une tuméfaction de la région cervico-faciale droite allant de l'articulation temporo-maxillaire jusqu'à la partie moyenne du sterno-cléido-mastoïdien. Au niveau de l'angle du maxillaire on remarque deux fistules situées au fond d'une dépression ; les bords sont violacés, friables, décollés et recouverts en partie de croûtes jaunâtres. La pression fait sortir une ou deux gouttes de liquide louche dans lequel on trouve de petits grains jaunes, dont les plus gros ne dépassent pas la dimension d'un grain de mil. On trouve une fistule semblable à 1 cm. $1/2$ ou 2 centimètres plus haut, fistule présentant les mêmes caractères que les précédentes. A 1 centimètre au-dessous du lobule de l'oreille on trouve une petite élevation, de la dimension d'une pièce de dix centimes, à base rouge, indurée, dont le centre est très dépressible, douloureux à la pression. La peau à ce niveau est violacée et semble amincie ; on peut y sentir une légère fluctuation.

Le reste de la tumeur est de coloration rouge vif ; à la pression elle est dure, élastique. La face externe du maxillaire semble faire saillie dans le pli gingivo-jugal. La pression réveille la douleur principalement au niveau des abcès.

Les ganglions de la région sont indemmes.

Le malade se plaint de douleurs qui le réveillent parfois la nuit et viennent par accès : ce sont des élancements qui ressemblent aux névralgies dentaires. Il ne peut s'alimenter qu'avec des pâtes ou des liquides en raison de la constriction intense des mâchoires qui n'a pas diminué depuis le début de la maladie.

L'état général du malade est satisfaisant, la température est normale.

En présence de ces symptômes, M. le professeur Dayot pensa à des lésions de nature actinomycosique. Du reste le malade racontait que, vers la fin du mois de septembre précédent, il avait abattu et dépecé un bœuf porteur d'un suros de la mâchoire ; il se souvenait même d'une façon très précise s'être écorché, avec ses mains souillées par le sang de l'animal, un bouton qu'il portait à la joue.

L'examen des grains jaunes, ayant été fait par M. le professeur Bodin, prouva que l'*oospora bovis* était réellement cause de tout le mal.

Le malade fut opéré le 12 février par M. Dayot. L'abcès en formation fut ouvert, la poche fut nettoyée à la curette et cautérisée au fer rouge. Les fistules furent également enlevées par curettage profond, et l'on arriva jusqu'au périoste de l'os. Le périoste était épaissi, l'os lui-même était déformé, son épaisseur notablement augmentée du côté externe. Le maxillaire fut trépané et l'on trouva à l'intérieur des fongosités gélatineuses, d'un rouge vif qui furent soigneusement grattées et enlevées à la curette. L'examen histologique démontra la présence du champignon rayonné du milieu de ces fongosités. Après évidemment complet de l'os et cautérisation on appliqua un pansement aseptique à la gaze iodoformée. A partir du jour suivant

le malade dut prendre 6 grammes d'iodure de potassium par jour. Le malade quitta l'hôpital à la fin du mois.

Pendant plusieurs mois la lésion osseuse donna un léger suintement, le malade venait chercher un pansement trois fois par semaine. Il prenait de l'iodure pendant trois semaines, et se reposait pendant huit jours. Six mois plus tard les lésions du curettage s'étaient comblées, et au bout de dix-huit mois la tuméfaction avait complètement disparu. Le malade a suivi le traitement à l'iodure de potassium pendant deux ans. Peu à peu le trismus a disparu et avec de l'exercice le jeu des mâchoires est redevenu normal.

Actuellement le malade est guéri : il reste évidemment des cicatrices adhérentes, mais il n'y a plus de douleurs, plus de tuméfaction, et le malade exerce son métier depuis trois ans sans éprouver le moindre malaise.

OBSERVATION II (personnelle)

(Prise dans le service de M. le professeur Dayot)

Le 19 août 1901, entré à l'Hôtel-Dieu de Rennes, salle Saint-Yves, le nommé M. P..., âgé de vingt-quatre ans, laboureur, demeurant à Maunon (Morbihan). Ce jeune homme portait à la joue droite une tuméfaction assez considérable pour faire dévier la bouche du côté malade : cette tuméfaction s'accompagnait de douleurs et de constriction des mâchoires.

Les antécédents pathologiques du malade sont nuls : son père est mort d'embolie, et sa mère d'une maladie de cœur, tous les deux avaient dépassé la soixantaine.

Au mois d'août 1900, au moment du battage des blés, ce

jeune homme avait reçu dans la bouche un fragment d'épi qui se fixa dans le fond de la gorge où le patient le sentit pendant plusieurs jours ; il disparut au bout de ce temps sans laisser de traces sensibles. Au mois de septembre suivant, des douleurs assez vives survinrent et se localisèrent à l'angle de la mâchoire inférieure, du côté droit. En même temps une tumeur se développait à la hauteur et un peu en avant de l'articulation temporo-maxillaire du même côté. La douleur avait des moments d'exaspération, la nuit principalement, et dès le début parut un trismus très prononcé. Douleur et trismus disparurent presque complètement pendant trois ou quatre semaines, la tumeur seule resta stationnaire.

Le 12 avril 1901 les phénomènes du début reparurent, puis il se développa au centre de la tumeur un abcès qui s'ouvrit spontanément : le malade se décida alors à entrer à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée à l'hôpital le malade présentait une tuméfaction considérable de la joue droite, attirant la commissure labiale en bas et en dehors. La tumeur descendait de la face temporale à deux travers de doigt au-dessous du bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire ; elle s'étendait transversalement du lobule de l'oreille à l'aile du nez. La peau était rouge, violacée, tendue, luisante. Au niveau de l'articulation temporo-maxillaire on remarquait une ulcération à bords décollés, taillés à pic, à fond bourgeonnant, irrégulier, d'où s'écoulait un pus séro-sanguinolent. A 1 centimètre en dedans de l'ulcération se trouvait un point ramolli, au niveau duquel la peau semblait amincie, présentant une teinte plus foncée ; un autre point semblable et de la grosseur d'une amende était situé à l'angle de la mâchoire. Partout ailleurs la peau semblait adhé-

rente aux plans sous-jacents, la tumeur était de consistance dure, rénitente. A l'intérieur de la bouche la tumeur avait les mêmes caractères, mais la muqueuse était saine, non adhérente ; il n'y avait pas de périostite alvéolo-dentaire bien que les dents fussent en grande partie cariées.

Les ganglions lymphatiques ne sont pas envahis.

La douleur persiste toujours : la pression la rend plus vive au niveau des points ramollis. Le malade ne peut desserrer les mâchoires, et il boit avec une paille les liquides dont il s'alimente.

L'état général du malade est excellent, il n'y a jamais eu aucun mouvement fébrile.

Malgré l'absence de grains jaunes dans le pus, malgré la forme de l'ulcération qui pouvait faire penser à une gomme, M. Dayot discuta et maintint le diagnostic d'actinomycose.

Le malade fut opéré le 25 avril : les lésions suppurées subirent un curettage et les points douteux furent cautérisés au thermocautère.

M. le professeur Bodin ayant recueilli des fongosités, les débita en coupe et trouva des traces très nettes du champignon rayonné, ce qui confirma le diagnostic posé au pied du lit du malade par le professeur de clinique.

Quinze jours plus tard le malade sortait de l'hôpital : les lésions se cicatrisaient lentement. Il fut, lui aussi, soumis au traitement ioduré et trois mois plus tard il était complètement guéri.

OBSERVATION III

(Prise dans le service de M. le professeur Dayot)

(Due à l'obligeance de M. le Dr P. Hardoüin)

Le nommé M. ., âgé de vingt-trois ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes le 3 juillet 1901. Le malade exerce actuellement la profession de maréchal-ferrant, il était auparavant domestique de ferme. Il présente dans la région de la face et du cou des lésions suppuratives multiples qui existent depuis longtemps, et il souffre de maux de dents extrêmement violents.

Ses antécédents héréditaires n'ont aucun intérêt ; lui-même a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de seize ans. A cette époque il fut pris de douleurs assez vives dans la partie postérieure de la branche horizontale du maxillaire inférieur, accompagnées de maux de dents dans la même région. Bientôt un abcès survint, sur lequel le malade ne donne pas grands renseignements, mais comme la suppuration ne tarissait pas, et que la lésion avait tendance à s'étendre, le malade consulta un médecin et entra à l'hôpital. Le professeur Aubrée lui fit un grattage des lésions et il sortit quelques semaines plus tard, complètement guéri.

Cinq années plus tard, en 1899, des douleurs se firent sentir de nouveau le long de la branche montante du maxillaire gauche et à l'articulation temporo-maxillaire. De nouveaux abcès se forment, analogues à ceux qui s'étaient développés précédemment et s'étendent de proche en proche. La douleur va en augmentant, à mesure que le mal progresse, gagne la région post-auriculaire et la partie latérale du frontal,

A Alençon on n'avait pas voulu opérer le malade ; à Saint-Malo le médecin, pensant à de la tuberculose, l'envoya à Rennes.

A l'inspection on remarque une tuméfaction considérable de toute la région postérieure gauche de la face : celle-ci est parsemée d'ulcérations suintantes et de cicatrices.

Sur la branche horizontale du maxillaire on remarque une cicatrice ancienne, adhérente, due à la première intervention. En avant de cette cicatrice se voient quelques élevures arrondies de 1 à 2 centimètres de diamètre, recouvertes par une peau amincie, infiltrée, rouge violacée, nettement fluctuantes à la pression du doigt. Le tissu sous-jacent est fortement infiltré. En arrière, au niveau de l'angle de la mâchoire, il existe une ulcération de 1 cm. 1/2 de diamètre, fistuleuse, laissant sourdre à la pression une sérosité mêlée de pus. Le fond est bourbillonneux, les bords sont rouges, assez nettement taillés.

Une ulcération analogue se trouve au niveau de la suture fronto-pariétale ; les bords en sont décollés, peu épais, plus ou moins recouverts de croûtes. A l'angle externe de l'œil gauche, petites éminences suppurées de même nature.

Toute cette région est rouge, infiltrée, et présente à la palpation dans une grande partie de son étendue une résistance ferme, rénitente, tout à fait spéciale. Derrière l'oreille du même côté on remarque une collection liquide de 3 à 4 centimètres de diamètre.

Le malade déclare souffrir d'une manière intolérable des dents et de l'oreille. La pression réveille des points douloureux au niveau de l'articulation temporo-maxillaire et sur le temporal. Enfin le malade présente depuis près de deux ans, époque où se produisit la récurrence, un trismus assez marqué.

L'état général du malade laisse fort à désirer. Il ne dort pas, a beaucoup maigri, s'alimente difficilement et avec des liquides seulement.

Le diagnostic d'actinomycose fut posé et M. le professeur Dayot pratiqua un grattage et un curettage de toute la région atteinte.

L'examen histologique des fongosités démontra la présence du champignon caractéristique de l'actinomycose.

Le malade retira peu d'avantages de son intervention : les douleurs persistèrent, l'état général déclina de plus en plus. En septembre 1901 le malade fut pris de poussées de fièvre : tous les soirs la température montait à 38°5 ou 39 degrés. La mort survint le 10 octobre suivant. A l'autopsie, on trouva tous les viscères semés de tubercules abondants. L'examen histologique montra la nature tuberculeuse de ces lésions : le malade avait succombé à de la granulie.

OBSERVATION IV

(Prise dans le service de M. le professeur Dayot)

(Communiquée par M. le Dr P. Hardouin)

Le nommé R..., âgé de trente ans, exerçant la profession de cultivateur à Drouges (Ille-et-Vilaine), entre le 20 novembre 1903 à l'Hôtel-Dieu de Rennes, salle Saint-Yves, pour suppurations multiples de la face et du cou.

Les antécédents héréditaires du malade sont peu importants : le père est mort à soixante-quatre ans, la mère à soixante-huit ans, de causes inconnues. Une sœur du malade est morte à seize ans de dysenterie, il a trois frères bien portants.

Jusqu'au mois d'août précédent, le malade avait toujours joui d'une bonne santé. A cette date, vers la fin de la moisson, il ressentit de violents maux de dents. Les douleurs disparurent, mais au bout d'un mois environ une petite tumeur s'était formée dans la région temporo-maxillaire. Le malade consulta d'abord un médecin qui lui a extrait une dent cariée : il se serait alors formé un abcès à l'intérieur de la bouche ; cet abcès se serait ouvert spontanément et aurait suppuré avec abondance.

La première tumeur ne subit pas de modifications sensibles après l'extraction de la dent, et bientôt il s'en développait une nouvelle au-dessous de la première. La lésion augmenta de volume jusqu'à atteindre la grosseur d'un œuf de pigeon : elle fut alors incisée. Il s'écoula un liquide séro-purulent pendant quinze jours environ, puis la tumeur diminua de volume, mais il persista un orifice extrêmement petit par où s'écoulait de temps en temps du liquide louche.

Les lésions en augmentant gagnèrent la face, puis le cou et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A ce moment on constate que le côté gauche seul de la face et du cou sont atteints. Les lésions s'étendent depuis l'angle externe de l'œil et l'articulation temporo-maxillaire jusqu'à la clavicule ; elles débordent un peu sur la joue et la région sus-hyoïdienne.

Dans son ensemble, la région malade est fortement bombée, très œdématiée, et d'une rougeur assez intense. Sur ce fond se voient des fistules suppurantes et des abcès non encore ouverts.

Les fistules, qui siègent autour de l'articulation temporo-maxillaire, lieu de début de la maladie, et dans le triangle sus-claviculaire, sont caractérisées par des orifices petits, à bords minces et décollés, laissant sourdre un liquide séreux, muco-

purulent : dans les fistules de date ancienne la suppuration est peu abondante et le tissu sous-jacent est peu surélevé. Au contraire, lorsque la fistule vient de s'ouvrir, elle laisse couler un liquide puriforme, grumeleux, abondant et mal lié ; elle siège au sommet d'une bosselure violacée, et souvent se voient sur le même monticule deux ou trois ouvertures.

Les abcès non ouverts, sortes de tunnels creusés dans le tissu cellulaire, sont parallèles aux plis du cou et d'une longueur variant entre 4 et 6 centimètres. Le plus volumineux de ces abcès descend le long de la veine jugulaire externe, sur une longueur de 6 à 8 centimètres et une largeur de 3 à 4 centimètres jusque dans le creux sus-claviculaire. Tous ces abcès sont violacés à leur point culminant, tandis que leur base est rouge vif.

La région envahie qui sert de base à ces fistules et à ces abcès est dure, rénitente, d'une consistance toute particulière.

La pression est douloureuse en divers points, surtout au niveau des abcès.

Le malade est de plus atteint d'un trismus extrêmement marqué, lui permettant un écartement des mâchoires de 1 centimètre au plus.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

L'état général est excellent, le malade se plaint seulement de la difficulté qu'il a de s'alimenter. La température est normale.

Au point de vue clinique le diagnostic d'actinomyose s'imposait ; l'examen direct du pus prélevé sur un abcès au moment de l'entrée confirma le diagnostic : les grains jaunes paraissaient dans ce cas extrêmement nombreux.

Quelques jours après son entrée, le professeur Dayot fit un large débridement de tous les trajets fistuleux qui furent grattés à la curette et cautérisés au thermocautère.

Six semaines plus tard le malade sortait de l'hôpital : il était guéri. La cicatrice est très peu apparente malgré les dimensions de la plaie au moment de l'opération.

OBSERVATION V (personnelle)

(Communiquée par M. le Dr Gruet, médecin-major de 1^{re} classe au 7^e Régiment d'Artillerie) (1).

Le nommé V. H..., originaire de Maxent (Ille-et-Vilaine), âgé de vingt et un ans, fut pris en décembre 1901 de maux de dents très violents. Le malade exerçait la profession de cultivateur, mais depuis six semaines il était incorporé au 7^e régiment d'artillerie. Le lendemain matin, ce jeune soldat remarqua qu'il portait à la mâchoire inférieure, au niveau de l'angle, une tuméfaction dure et rouge. Il fut envoyé à l'hôpital ; là il continua à souffrir et de plus un trismus très serré avait apparu dès les premiers jours. Réformé temporairement en mai 1902, il le fut complètement en mai 1903 pour « tumeur de la mâchoire ». Déjà à ce moment on avait songé à une forme sarcomateuse de l'actinomyose, et l'on avait fait une incision à l'angle de la mâchoire.

En mai 1904 le malade vint à Rennes et entra à la clinique Saint-Anne. A ce moment toute la région correspondant à l'angle et à la branche montante du maxillaire était indurée, lisse, rouge, douloureuse à la pression. L'incision faite jadis à l'angle

1. Nous sommes heureux d'adresser ici nos remerciements à M. le Dr Gruet qui a bien voulu nous indiquer ce malade et nous mettre en correspondance avec lui.

du maxillaire laissait suinter un liquide séro-purulent dans lequel la mère du jeune homme avait bien des fois remarqué la présence de granulations fines et jaunâtres

Pas d'engorgement ganglionnaire.

M. le professeur Dayot fit un débridement large et trouva un maxillaire hypertrophié au niveau de son angle et de la branche montante ; à l'intérieur il était creusé de vacuoles remplies de tissu fongueux. Toute la région fut curettée et cautérisée au thermocautère.

L'examen histologique des fongosités confirma le diagnostic d'actinomycose.

Le malade fut soumis au traitement ioduré et il rentra dans ses foyers.

Nous avons revu le malade en avril dernier ; il était alors complètement guéri.

OBSERVATION VI

(Communiquée par M. le professeur Bodin)

Au début de l'année 1903, M. le Dr Fleury, chirurgien-dentiste à Rennes, avait extrait une dent chez un homme porteur d'une fistule dentaire. Les caractères de la lésion, les renseignements fournis par le malade, ayant intrigué le praticien, celui-ci pria M. Bodin de faire l'examen histologique du pus et des lésions du voisinage. L'examen démontra que l'on était en présence d'un cas d'actinomycose.

Malgré des recherches multiples le malade n'a pu être retrouvé, aussi nous ne faisons que signaler le fait, et nous

regrettons de ne pouvoir donner de plus amples renseignements.

OBSERVATION VII (Personnelle)

(Prise dans le service de M. le professeur Dayot)

La femme C..., trente-quatre ans, débitante à Hédé (Ille-et-Vilaine), est entrée à l'Hôtel-Dieu de Rennes le 30 mars 1906, dans le service de M. Dayot, salle Sainte-Philomène n° 17.

Cette femme se plaint d'une tumeur qui lui est venue à la joue gauche il y a trois mois, accompagnée de douleurs vives et d'un trismus assez marqué.

Ses antécédents héréditaires n'ont aucun intérêt; elle-même était jusque-là de santé robuste: elle est mariée et mère de sept enfants.

Vers le 20 décembre 1905, un matin à son lever, cette femme remarqua qu'elle portait immédiatement au-dessous de la branche horizontale du maxillaire gauche, une tuméfaction rouge et très dure qui devint douloureuse au bout de deux ou trois jours et s'accompagna d'un trismus tel qu'il ne laissait passage qu'aux liquides. Le 28 décembre elle alla consulter un médecin qui lui fit une incision au niveau de la tumeur; il s'écoula alors un peu de sang noir. Elle fut de ce fait un peu soulagée, mais son bien-être relatif ne dura pas plus de vingt-quatre heures.

La tumeur augmentait alors, elle gagna successivement la joue, l'articulation temporo-maxillaire, l'apophyse mastoïde. Des douleurs plus ou moins vives se faisaient sentir dans toute la région et surtout la nuit; la constriction des mâchoires existait toujours au même degré.

Le 31 janvier 1906 elle vint à Rennes et, sur les conseils du Dr Jambon, elle entra à la clinique Sainte-Anne. A ce moment on remarquait la présence de deux petits abcès : le premier situé un peu au-dessus de l'angle de la mâchoire, le second à l'articulation temporo-maxillaire. Le soir même, M. Dayot opéra un curettage des lésions suppurées, et la malade prit depuis lors 5 grammes d'iodure de potassium par jour. Les douleurs et le trismus diminuèrent d'intensité les jours suivants.

La malade, étant enceinte de huit mois environ, dut quitter la clinique huit jours après son opération pour aller effectuer ses couches dans sa famille. Le 12 mars, le médecin qui la soignait chez elle, ayant jugé la première intervention insuffisante, fit une incision profonde avec curettage au niveau du masséter. Elle accoucha le 21 mars d'un enfant vivant, mais celui-ci mourut au bout de trois jours sans que l'on ait pu connaître les causes de sa mort. Dix jours plus tard la malade entra à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente une tuméfaction assez notable de la partie postérieure de la joue gauche. La peau est de couleur rouge le long de la branche montante du maxillaire et au niveau de l'apophyse mastoïde. On remarque le long de la branche horizontale du maxillaire une cicatrice blanche, adhérente, due au coup de bistouri donné le 28 décembre. A l'angle de la mâchoire se trouve une cicatrice au centre de laquelle existe une ulcération de la grandeur d'une lentille. Cette ulcération est constituée par des bourgeons charnus de couleur rose et saignant très facilement ; au centre se trouve l'orifice d'une fistule, extrêmement petite par où sort de temps en temps une goutte de pus. Depuis l'articulation tem-

poro-maxillaire jusqu'au bord antérieur du masséter descend obliquement une cicatrice large de 1 centimètre, déprimée en forme de sillon, correspondant à l'incision faite le 12 mars. Le fond du sillon est saignant, suintant, et se recouvre de temps en temps de croûtes jaunâtres en forme d'écailles sèches. Toute cette région est indurée, élastique, peu sensible à la pression. Au niveau de l'angle externe de l'œil on remarque une petite tumeur ovalaire à grand axe horizontal ; sa base est indurée, rouge, douloureuse à la pression, son centre est arrondi, violacé, la peau est animée et l'on sent de la fluctuation à ce niveau.

A l'intérieur de la bouche la tumeur n'est guère sensible, la muqueuse des joues est saine. Les dents sont en très mauvais état, mais il n'y a pas de périostite alvéolo-dentaire.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

La douleur et le trismus ont diminué depuis le début du traitement ordonné le 31 janvier par M. Dayot, mais ils existent encore, et la malade ne peut écarter les mâchoires de plus de 1 centimètre.

Le diagnostic d'actinomyose s'imposait en présence de la conservation parfaite de l'état général et de l'absence de fièvre.

L'abcès de l'angle externe s'ouvrit seul dans la nuit du 2 au 3 avril ; il en sortit un liquide louche dans lequel on ne put constater la présence de grains jaunes. Il en résulta deux petites fistules à bords violacés et décollés.

Le 7 avril la malade subit un curettage des lésions et l'on ordonna la continuation de l'iodure de potassium à la dose de 5 grammes par jour.

L'examen des fongosités prélevées au cours de l'opération

démontra la présence du champignon offrant la disposition rayonnée habituelle.

La malade a quitté l'hôpital le 20 avril, non guérie, mais déjà améliorée. Nous avons eu de ses nouvelles à la fin de mai, et à cette époque le mal était en bonne voie de guérison.

CONCLUSIONS

La Bretagne n'est donc pas exempte d'actinomy-cose comme on l'avait cru pendant longtemps. Depuis plusieurs années déjà cette maladie est connue et bien étudiée à Rennes, surtout depuis que les travaux du laboratoire sont venus contrôler les données cliniques. Il en a été de même dans toutes les régions : la maladie a toujours été primitivement étudiée aux environs d'une grande ville possédant une école de médecine et un laboratoire.

Il était facile de prévoir que l'actinomy-cose se trouvait à Rennes comme ailleurs. En effet, le climat, par son humidité et sa température à peu près toujours constante, était très favorable au développement de l'oospora. Les habitants, d'ailleurs, s'occupent presque exclusivement de culture et d'élevage : ils sont donc journellement en contact avec les animaux ou les céréales, causes les plus fréquentes de l'infection.

Nous n'avons pu retrouver que sept cas dans le cours de cinq années, ce qui porte à croire que plusieurs d'entre eux sont restés inconnus, faute de notions exactes au sujet de la maladie, seuls les cas

qui sont passés sous les yeux des maîtres ayant pu être étudiés avec soin.

Il importe donc de faire connaître l'actinomyose et de relater tous les cas qui se présentent, afin de pouvoir protéger la classe des travailleurs exposée déjà, par ses occupations et sa manière de vivre, à tant de traumatismes et à de si nombreuses infections.

Vu : Le Président de la thèse :

BERGER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BARRACZ. — Wiener med. Presse, 1889.
- BÉCUE. — De l'actinomycose. Thèse de Paris, 1892.
- BÉRARD. — De l'iodure de potassium dans l'actinomycose. Thèse de Bordeaux, 1894.
- BESSE. — Actinomycose cervico-faciale. Thèse de Lyon, 1895.
- BODIN (Dr E.). — Note sur l'actinomycose à Rennes et sur le diagnostic microscopique de cette maladie. Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest. Décembre 1903.
- La pratique dermatologique. Article Actinomycose. Tome I.
- CART. — Contribution à l'étude de l'actinomycose chez l'homme. Thèse de Paris, 1889.
- CHOUX. — Etude clinique et thérapeutique de l'actinomycose. Thèse de Paris, 1890.
- CHRÉTIEN. — De l'actinomycose humaine. Semaine médicale, janvier 1895.
- DAVAINE. — Comptes rendus de la Société de Biologie, 1850.
- DELÉARDE. — Contribution à l'étude de l'actinomycose. Thèse de Lille, 1895.
- DOR et BÉRARD. — Province médicale, 1893.
- DUBREUILH et FRÈCHE. — Sept cas d'actinomycose dans le Sud-Thébault

Ouest, septembre 1895. « Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. »

DUCOR. — Gazette des Hôpitaux, 1896.

FIRKET. — L'actinomycose de l'homme et des animaux. Revue de Médecine, 1884.

HARDOUIN (Dr Paul). — L'actinomycose à Rennes. Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest, juillet 1904.

ILLICH. — Beiträge zur Klinik der Aktinomykose. Wien., 1892.

JIROU. — Contribution à l'étude clinique de l'actinomycose en France. Thèse de Lyon, 1894.

LABOULBÈNE et ROBIN. — Comptes rendus de la Société de Biologie, 1850.

LEBERT. — Atlas d'anatomie pathologique, 1857.

LEGRAIN. — Un cas d'actinomycose de la face. Annales de Dermatologie, juillet 1895.

LIEBMANN. — L'attinomici dell' uomo. Archivio per la scienze mediche, 1890.

MONESTIÉ. — De l'actinomycose cutanée. Thèse de Paris, 1895.

NOCARD. — Note sur l'actinomycose des animaux. Société centrale de médecine vétérinaire, 1892.

— Traitement de l'actinomycose par l'iodure de potassium. Recueil de Médecine vétérinaire, 1893.

PONCET. — Traité de Chirurgie, 1896.

— Bulletin de l'Académie de Médecine, avril 1902.

— Bulletin de l'Académie de Médecine, juillet 1902.

— Un cas d'actinomycose du maxillaire supérieur. Lyon médical, juin 1893.

PONCET et BÉRARD. — Traité clinique de l'actinomycose humaine. Lyon, 1898.

PONCET et DOR. — Lyon médical, 1892.

PONCET. — De l'actinomycose humaine à Lyon. Gazette hebdomadaire, avril 1895.

— Actinomycose de la région cervico-faciale. Mercure médical, juin 1895.

QUÉNÉT. — Actinomycose du maxillaire supérieur. Thèse de Lyon, 1895.

RAINGEARD. — Des manifestations cutanées de l'actinomycose. Thèse de Paris, 1896.

ROGER. — Actinomycose. Article du Traité de Médecine de Charcot-Bouchard.

ROUSSEL. — De l'actinomycose chez l'homme en France. Thèse de Paris, 1891.

SAUVAGEAU et RADAIS. — Annales de l'Institut Pasteur, t. VI, 1892.

THOLLON. — Du sarcome actinomycosique. Thèse de Lyon, 1896.

VINCENT. — De l'actinomycose cutanée. Thèse de Lyon, 1898.

